

FICHE DE RENSEIGNEMENTS MEDICAUX CONFIDENTIELS

(À remettre au chef d'établissement sous enveloppe cachetée à l'attention du médecin et/ou de l'infirmière scolaire)

Nom : Prénom : Date de Naissance : Classe :

• Vision: Lunettes : Oui Non - Lentilles : Oui Non

• Audition : Bonne Mauvaise

• L'élève souffre-t-il d'une maladie ?

• L'élève a-t-il subi des interventions chirurgicales ? Oui Non

Si oui lesquelles :

• L'élève est-il diabétique ? Oui Non

• L'élève est-il épileptique ? Oui Non

• L'élève est-il asthmatique ? Oui Non

• L'élève est-il drépanocytaire ? Oui Non

• L'élève suit-il un traitement ? Oui Non

• Si oui lequel ?

• L'élève suit-il un régime alimentaire ? Oui Non - Prescrit par le médecin ? Oui Non

Si oui, lequel ?

Pourquoi ?

• L'élève est-il allergique ? Oui Non

Si oui : A des médicaments A des produits alimentaires A un autre produit

Citez lesquels :

• L'élève a-t-il des enfants ? Oui Non - Si oui, combien ?

SUITE A COMPLETER SI VOTRE ENFANT EST :

• Atteint d'une maladie chronique pouvant nécessiter une prise de médicament durant le temps scolaire.

• Susceptible de prendre un traitement d'urgence.

• Atteint d'un handicap ou d'une maladie invalidante pouvant nécessiter des aménagements particuliers dans le cadre scolaire.

Pathologie dont souffre votre enfant :

Traitement :

Médecin prescripteur :

Observations particulières :

En fonction des renseignements que vous aurez précisés, vous serez contactés par le médecin ou l'infirmière scolaire pour établir avec vous, si nécessaire, un Projet d'Accueil Individualisé (PAI), conformément à la circulaire n°2003-135 du 08 Septembre 2003 relative à l'accueil en collectivité des enfants et des adolescents atteints de troubles de la santé évoluant sur une longue période.

Je certifie l'exactitude des informations ci-dessus,

A , le Signature des parents ou tuteurs